

Psichiatria forense in Italia: una storia ancora da scrivere

Italian forensic psychiatry: a story still to be written

ANGELO FIORITTI e VITTORIO MELEGA

Quando si parla di psichiatria forense in Italia la maggior parte dei professionisti e degli operatori di salute mentale ha in mente un mondo fatto di avvocati, giudici, processi e perizie. Un mondo coltivato da pochi esperti, con contatti estremamente limitati con il resto della psichiatria e visto con timore e qualche sospetto. Si tratta di una situazione tutta italiana, che non trova riscontro nella maggior parte dei paesi sviluppati, nei quali la psichiatria forense è una disciplina forte, sfaccettata e con vasti contatti e collegamenti funzionali con il mondo clinico dei servizi. In generale, nelle altre nazioni gli psichiatri forensi si occupano di quattro grandi ordini di problemi: 1. fornire un supporto tecnico alle decisioni del mondo giudiziario; 2. identificare e praticare le cure e la riabilitazione psichiatrica ai malati di mente autori di reato, gestendo clinicamente i sistemi assistenziali preposti; 3. collaborare con il mondo politico ed amministrativo nell'opera di costante verifica dell'organizzazione dei sistemi stessi e degli strumenti normativi che li governano; 4. svolgere attività di ricerca e formazione sui sistemi di prevenzione, i processi ed i presidi terapeutici più efficaci in questa sottopopolazione psichiatrica.

Sul perché in Italia la psichiatria forense, nella percezione comune e nei fatti, sia limitata solo al primo di questi ordini di problemi, sussistono varie motivazioni, alcune delle quali di carattere storico risalenti all'influenza che all'inizio del secolo la scuola criminologica italiana

di Lombroso ebbe sulla sfera politica. Lombroso, medico-legale e fondatore della scuola di Antropologia Criminale, ma non psichiatra, si batté con successo perché tutte le cattedre di psichiatria forense fossero stabilmente assegnate agli istituti di criminologia e medicina legale, sottraendo alla neurologia ed alla psichiatria il primato culturale nella formazione e nella ricerca sul tema. Ciò produsse una scissione tra l'ambito clinico ordinario, per molti decenni limitato agli istituti di malattie nervose e mentali ed ai manicomi provinciali, e quello forense, tradizionalmente gestito dall'amministrazione penitenziaria e con un forte senso di appartenenza alla cultura criminologica e medico-legale. Tale scissione ha attraversato intatta il XX secolo e, a tutt'oggi, si può dire che non esista in Italia una cultura psichiatrico-forense clinica, ma solo una cultura medico-legale peritologica, con qualche incursione in quest'ambito di clinici, magari in processi famosi e di alta risonanza mediologica, ma senza significativa incidenza nella modificazione dei percorsi assistenziali.

Si è prodotto così uno dei tanti paradossi italiani, quello di una nazione in cui coesistono il sistema di assistenza psichiatrica territoriale più radicale e radicato del mondo, con soluzioni estremamente innovative e coraggiose, ed un sistema psichiatrico forense ottocentesco, prettamente custodialistico, gestito, nella sua parte clinica, da specialisti con margini di autonomia clinica ed amministrativa estremamente modesti. Se, come era lecito aspettarsi, non si sono verificati movimenti innovativi o riformatori all'interno del sistema giudiziario, va notato con sorpresa come anche l'interesse e gli interventi del mondo psichiatrico clinico nei confronti della psichiatria forense siano stati pochi e molto deboli. Al contrario, si è avvertita in generale la tendenza a voler

Indirizzo per la corrispondenza: Dr. Angelo Fioritti, Dipartimento di Salute Mentale, Azienda USL Città di Bologna, via Toscana 17/19, 40141 Bologna.

Fax: +39- 051-623.7130

E-mail: Angelo.Fioritti@ausl.bologna.it

escludere dal dibattito culturale il problema della violenza e dei reati commessi da malati di mente, in linea con l'impianto ideologico stesso della Riforma del 1978 e la cultura dei servizi da essa scaturiti, quasi a voler deliberatamente segnare un distacco tra la nuova realtà in costruzione e tutto ciò che poteva avere un significato di controllo sociale (Ariatti & Neri, 1998). Ciò ha di fatto portato ad una piena delega all'autorità giudiziaria del problema, ma anche dell'assistenza e della riabilitazione del malato di mente reo, all'interno degli OPG da questa gestiti.

All'alba del XXI secolo alcuni fermenti culturali nel mondo della psichiatria clinica italiana e nel mondo politico lascerebbero sperare che anche nel nostro paese possa avviarsi una maggiore consapevolezza della necessità di affrontare il nodo delicato del rapporto tra malattia mentale e violenza/compimento di reati, al fine di completare il sistema assistenziale psichiatrico allargandolo a tutte le fasi della vita del paziente, incluse quelle che eventualmente lo vedono soggetto alle attenzioni della giustizia.

Nel resto d'Europa non mancano stimolanti esempi di come tali esigenze sono state studiate e affrontate e di come hanno cominciato in parte a trovare una loro sistemazione.

SISTEMI PSICHIATRICO-FORENSI IN EUROPA

Il sistema psichiatrico-forense britannico è probabilmente il più studiato ed il più articolato del mondo. La sua storia, la sua connotazione attuale e le sue prospettive sono accuratamente descritte nell'Editoriale di Evans & Oyeboode (2000) in questo stesso numero di EPS. È qui importante solo sottolineare come il suo impianto organizzativo derivi da una profonda riflessione avviata circa venti anni fa, che ha coinvolto psichiatri, giuristi, magistrati e politici, che si è concretizzata in due documenti ufficiali (Home Office and the Department of Health, 1975; Department of Health and the Home Office, 1992), che hanno sancito alcune linee fondamentali poi perseguite coerentemente e tenacemente dal mondo professionale e da quello politico:

1. la decisione di investire molte risorse nell'area della psichiatria forense, con finalità preventive, curative e di tutela sociale;

2. la progressiva integrazione delle strutture forensi nel Servizio Sanitario Nazionale;

3. la progressiva articolazione dei presidi sanitari forensi in strutture ad alta sicurezza (i tre *Maximum Secure Units* di Broadmoor, Ashworth e Rampton, veri Ospede-

dali Psichiatrici Giudiziari con 1.600 posti di capienza complessiva), a media sicurezza (una rete regionale di *Regional Medium Secure Units* - RSU, attualmente in numero di 24 con una capienza di 600 posti) ed a bassa sicurezza, costituita da una rete difficilmente censibile di reparti ordinari, comunità, gruppi appartamento, servizi semiresidenziali e territoriali, dove un paziente ancora sottoposto a misura di sicurezza può essere trattato per ordine giudiziario. Anche restringendo il conto alle sole strutture ad alta e media protezione, la disponibilità di letti (1/16.000 abitanti) è di gran lunga maggiore rispetto all'Italia, e gli standard di risorse, personale e formalizzazione dei processi di cura sono molto alti. Data la integrazione nel SSN, anche pazienti non sottoposti ad ordine giudiziario, ma ad un semplice TSO civile o addirittura volontari possono essere ammessi alle strutture di ogni grado di protezione. L'istituzione delle RSU aveva esplicitamente come secondo scopo quello di ridurre le dimensioni dei tre grandi OPG e di trovare una collocazione adeguata ai pazienti più impegnativi degli Ospedali Psichiatrici Ordinari o del Territorio (i DTP - *Difficult to Place Patients*). In realtà, l'utilizzo per questa ultima funzione sembra avere subito un netto rallentamento e le RSU funzionano prevalentemente come passaggio dall'OPG o dal carcere al territorio. Le RSU, essendo diffuse sul territorio, facilitano infatti i contatti con i servizi psichiatrici locali che seguiranno i pazienti alla dimissione, permettendo l'esecuzione di permessi e l'avvio di trattamenti ambulatoriali controllati. L'attività di ricerca e di formazione è intensissima. Le Scuole di Specializzazione in Psichiatria Forense sono distinte da quelle in Psichiatria ed hanno curricula prevalentemente clinici. Anche la formazione del personale paramedico è molto curata.

L'Editoriale di Evans & Oyeboode (2000) delinea i tanti problemi aperti nel mondo psichiatrico forense inglese; si tratta di problemi che comunque investono e coinvolgono anche tutta la psichiatria clinica e le istituzioni professionali, con un'attiva presenza, ad esempio, del *Royal College*. La forte determinazione della psichiatria inglese, per usare le parole di Evans & Oyeboode, nel combattere «al fine di ottenere le risorse cliniche per trattare e gestire quei pazienti che gli psichiatri vogliono e possono trattare e per resistere alle pressioni politiche miranti a delegare la gestione di cittadini che gli psichiatri non possono e non devono trattare» è una testimonianza, a nostro avviso, di un sistema evoluto, responsabile, impegnato ed attento alla dimensione etico-politica.

Anche in Olanda le istituzioni psichiatrico-forensi hanno una lunga tradizione di qualità ed altissime dotazioni di strutture e personale (Dutch Government Mini-

stry of Justice, 1994). Gli istituti autorizzati ad ospitare pazienti sotto ordine giudiziario (TBS - *Terbeschikkingstelling*, letteralmente: detenzione a piacimento dello Stato) sono 6: Groningen, Avereest, Rekken, Nijmegen e due istituti ad Utrecht, per un totale di circa 600 posti (1/23.000 abitanti). Il Meijers Institute di Utrecht, di soli trenta letti, svolge una funzione ultraspecializzata di accertamento su detenuti in attesa di giudizio, che permangono nella clinica per otto settimane e ricevono un giudizio medico-legale molto articolato e multidisciplinare. Sono tutte strutture sanitarie private, contigue a ospedali psichiatrici civili, le cui spese vengono sostenute in proporzioni variabili dal Fondo Sanitario e dal Fondo del Ministero di Grazia e Giustizia. Gli standard qualitativi relativi a personale e strutture sono molto alti. Un posto letto nelle strutture forensi costa in media 900.000 lire al giorno. I reparti sono molto piccoli (da 8 a 12 posti) ed organizzati in comunità con molto personale deputato alla riabilitazione ed alla socioterapia. Ogni ospedale ha reparti speciali, deputati al trattamento di popolazioni specifiche: gravi disturbi del carattere, reati sessuali, minorenni, psicotici acuti, psicotici cronici. La degenza media è intorno ai sei anni. Tutti gli istituti hanno ora anche un «Dipartimento Policlinico», nel quale si trattano ambulatorialmente o in *day hospital* pazienti ancora in regime di TBS, generalmente pazienti autori di reati minori o reati sessuali. Per questi ultimi stanno diffondendosi trattamenti ultraspecializzati di impronta cognitivo-comportamentista. In tutti gli istituti viene svolta una intensa attività di ricerca, in collegamento con le università nazionali.

Anche nelle nazioni scandinave il settore psichiatrico-forense gode di forte prestigio, vaste risorse e notevole integrazione con quello clinico ordinario (Holmberg, 1997). In Danimarca, esistono 4 divisioni forensi (201 posti letto) aggregate ad Ospedali Psichiatrici Generali del Servizio Sanitario Nazionale, di cui una ad alta sicurezza (30 posti letto), per un tasso di 1 posto letto/30.000 abitanti. Si tratta di reparti di 13-15 posti letto, la metà dei quali aperti, con altissima dotazione di personale. Cinquanta pazienti forensi seguiti solo ambulatorialmente. L'età media dei pazienti è molto bassa (intorno ai 30 anni) e la degenza media è di circa 4 anni. Il sistema tratta un case-mix di patologie in cui prevalgono psicosi ed abuso di sostanze (Csillag, 1993). Esistono anche un carcere speciale per gravi disturbi di personalità con 120 posti letto ed una clinica del Ministero di Giustizia che effettua solo perizie di alto livello clinico descrittivo (150 all'anno).

In Norvegia, ci sono 4 reparti di alta sicurezza, con 40 posti letto ciascuno e 12 reparti di media sicurezza

(1 per contea), per un totale di 120 posti letto. Tutti i reparti sono ospitati negli ospedali psichiatrici del Servizio Sanitario Nazionale. Il tasso attuale è di 1 posto letto/31.000 abitanti. Vi è una altissima dotazione strutturale (tutte camere a 1 letto, ampi spazi) e di personale (7-8 operatori per turno al mattino ogni 10 pazienti), che consente un'altissima intensità terapeutico riabilitativa. Anche qui la composizione diagnostica comprende principalmente psicosi e casi di doppia diagnosi. La misura di sicurezza è decisa dal giudice per 3, 5 o 10 anni e, alla dimissione, i pazienti sono seguiti ambulatorialmente dallo stesso staff o inseriti in *hostels* collegati all'OPG.

In Francia, la psichiatria forense è stata invece organizzata in un «settore», indipendente e parallelo rispetto al settore psichiatrico generale. Quello forense è organizzato per fornire l'intera gamma dei servizi e dei trattamenti disponibili in quello civile, attraverso strutture dell'Amministrazione Penitenziaria, a massima, media e bassa sicurezza (centri diurni a *part-time*, *night-hospitals*, centri ambulatoriali, semiresidenze), gestite da personale dipendente dal Ministero della Sanità (Gwynne-Lloyd & Benezech, 1993).

In Germania ed Austria, paesi nei quali i sistemi di assistenza psichiatrica territoriale non hanno mai avuto uno sviluppo importante e dove questa avviene prevalentemente tramite una rete di professionisti privati e di servizi sociali generici, negli ultimi anni si è registrato il rischio di una paralisi degli ospedali giudiziari per un aumento delle disposizioni di invio da parte dell'autorità giudiziaria e per una sempre maggiore difficoltà a dimettere pazienti in assenza di un *follow-up* territoriale specializzato. Per questi motivi, quasi tutti gli ospedali giudiziari tedeschi hanno istituito dipartimenti ambulatoriali o informalmente svolgono questa funzione nei primi mesi o anni dopo la dimissione, mentre il paziente è ancora in prova (Nedopil & Otterman, 1993; Nedopil & Banzer, 1996). In Austria (Knecht *et al.*, 1996), due cliniche universitarie (Vienna ed Innsbruck) hanno invece dato vita a servizi ambulatoriali di psichiatria forense che forniscono un'assistenza territoriale integrata a pazienti in via di dimissione o dimessi sotto condizione dagli ospedali forensi nazionali, prevedendo anche come funzione specifica il reinserimento dei pazienti nei percorsi assistenziali ordinari.

Nell'area mediterranea, le cose sembrano procedere molto più lentamente. La Spagna sembra avere un profilo istituzionale più simile al nostro, con tre OPG dipendenti dal Ministero dell'Interno con personale proprio che ospitano circa 700 pazienti (tasso attuale 1 posto letto/48.000 abitanti) in strutture di tipo carcerario, dotate quasi esclusivamente di personale di custodia, con

scarsissime attività terapeutico-riabilitative e pochi contatti con i servizi ordinari.

Per quanto si tratti di esperienze legate a contesti nazionali e non facilmente comparabili con il nostro, la diffusione di sperimentazioni ed innovazioni negli ultimi vent'anni testimoniano, a nostro avviso, di come sia avvertita internazionalmente la necessità di diversificare i contesti di cura e di integrarli con i percorsi di assistenza della psichiatria generale.

LA SITUAZIONE IN ITALIA

Come è noto, ancora oggi il sistema clinico psichiatrico-forense italiano è limitato alla istituzione degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari, strutture di cui l'Italia è stata una delle prime nazioni a dotarsi (Dani *et al.*, 1998). Risale infatti al 1884 la trasformazione della Sezione Maniaci di Aversa nel primo manicomio giudiziario, seguita, pochi anni dopo, dagli istituti di Montelupo Fiorentino e di Reggio Emilia. Le altre tre strutture ora operanti in Italia (Castiglione delle Stiviere, Napoli e Barcellona Pozzo di Gotto) furono invece attivate nel corso di questo secolo. Dopo diversi decenni di gestione pressoché informale, il Codice del 1931 prevede gli istituti giuridici della incapacità per vizio di mente, della pericolosità sociale e della misura di sicurezza, così come tuttora in vigore.

Attualmente, l'accesso di un paziente autore di reato avviene secondo quattro possibili modalità:

1. la maggior parte degli internati, circa i 4/5, vi accede dopo una sentenza di proscioglimento per totale infermità ed un giudizio di pericolosità sociale, emessi sulla base di una perizia psichiatrica, che comporta un internamento di durata proporzionale al delitto commesso (2, 5 o 10 anni, prorogabili dal Magistrato di Sorveglianza in base al giudizio clinico dei sanitari dell'OPG);

2. se il giudizio riconosce una seminfermità ed una pericolosità sociale, viene erogata una pena diminuita di un terzo, al termine della quale il detenuto viene trasferito dal carcere all'OPG, per scontare una misura di sicurezza, sempre rapportata al tipo di reato commesso;

3. un numero molto minore di internati è in attesa di giudizio, sotto misura di sicurezza provvisoria;

4. alcuni internati vi giungono dal carcere ove è stata rilevata una infermità mentale sopravvenuta e vi rimangono per il periodo stimato necessario alla cura, al termine del quale fanno ritorno in carcere.

Attualmente sono internati presso i sei OPG italiani circa 1200 pazienti (1/55.000 abitanti). Solo OPG di Castiglione delle Stiviere è gestito dall'ASL di Mantova in

convenzione con il Ministero di Grazia e Giustizia, mentre gli altri cinque sono gestiti direttamente dallo stesso Ministero e dipendono dal Dipartimento Affari Penitenziari.

In Italia, pochissimi dati sono disponibili sui percorsi istituzionali precedenti e successivi all'ingresso in OPG. Dai dati grezzi relativi al numero di letti occupati sappiamo che il ricorso agli OPG non è aumentato nel periodo successivo alla riforma psichiatrica; anzi negli ultimi dieci anni si è assistito ad una riduzione degli internati di quasi il 20% (Ministero di Grazia e Giustizia, dati non pubblicati). Con ciò apparentemente sono stati smentiti quanti temevano che la chiusura dei manicomi civili portasse, come negli USA, ad una «criminalizzazione» del malato di mente. Si tratta però di un giudizio basato su dati insufficienti, in quanto non è affatto chiaro se la diminuzione delle presenze negli OPG si sia verificata a fronte di un incremento della popolazione con disturbi mentali gravi all'interno delle carceri ordinarie, oppure se sia dovuta ad una minore commissione di reati da parte dei malati di mente o se piuttosto i reati commessi da questi vengano perseguiti in misura minore, in virtù di un atteggiamento paternalistico non codificato da parte degli organi di polizia o giudiziari. La degenza media negli OPG italiani è attorno ai 7 anni. Il trattamento che i pazienti ricevono in OPG, a fronte dell'impegno degli psichiatri ivi operanti, risente inevitabilmente delle condizioni strutturali in cui viene attuato. E' considerazione diffusa tra gli operatori degli OPG che un maggiore collegamento con i Dipartimenti di Salute Mentale delle ASL migliorerebbe grandemente il destino clinico e sociale di molti pazienti e contribuirebbe a rinnovare culturalmente una istituzione che è rimasta l'unica isolata dal percorso articolato delle istituzioni psichiatriche nazionali.

Da un punto di vista epidemiologico è stato effettuato un solo studio di follow-up a cinque anni su 96 pazienti dimessi dall'OPG di Barcellona Pozzo di Gotto, il quale ha dimostrato uno scarso collegamento con i servizi psichiatrici ordinari ed un tasso di recidiva criminale del 23%, con reati gravi (omicidio, tentato omicidio) commessi nel 7% dei casi (Russo, 1994).

Il gruppo da noi coordinato sta conducendo da tre anni il progetto di ricerca Mo.Di.O.P.G. (Monitoraggio Dimissioni dall'Ospedale Psichiatrico Giudiziario), uno studio di coorte naturalistico che valuta al tempo zero e con *follow-up* annuali per cinque anni la popolazione internata negli OPG nazionali e residente nelle Regioni Emilia-Romagna, Toscana e Friuli-Venezia-Giulia ed un gruppo di controllo in carico ai servizi psichiatrici pubblici di Bologna (Fioritti *et al.*, 1998). Il progetto si pro-

pone i seguenti obiettivi: a) descrizione delle caratteristiche cliniche, criminologiche e psicosociali della attuale popolazione degli OPG; b) identificazione degli attuali processi di *decision-making* nel rilascio dei pazienti internati in OPG; c) identificazione dei predittori di esito, con particolare riferimento al problema del recidivismo criminale; d) identificazione di differenze tra singoli OPG in merito a popolazione e percorsi di trattamento; e) identificazione dei bisogni della popolazione OPG in comparazione con quelli dell'utenza attualmente assistita presso i servizi psichiatrici pubblici.

I risultati del baseline assessment su 118 pazienti reclutati al 31.12.1997 hanno fornito uno spaccato della realtà clinica degli OPG italiani che offre molti spunti di riflessione (Fioritti *et al.*, 1999; Fioritti *et al.*, in press).

Secondo i dati di questo studio la popolazione OPG è risultata essere piuttosto omogenea sia da un punto di vista diagnostico che criminologico. Si tratta infatti in grande maggioranza di soggetti psicotici, spesso con doppia diagnosi, che hanno commesso gravi reati contro la persona, spesso recidive di reato. A differenza di altri sistemi forensi, i gravi disturbi del carattere e le perversioni sessuali criminali sono scarsamente rappresentati e vengono indirizzate in carcere. L'evenienza di un ingresso in OPG per reati non gravi è infrequente ed avviene in genere in caso di recidiva di reato dopo la dimissione dall'OPG stesso. Anche i reingressi in OPG sono tutt'altro che infrequenti, con punte fino a 7 ammissioni per due soggetti.

Sempre secondo i dati di questo studio, i servizi psichiatrici pubblici in genere conoscono bene i soggetti che sono entrati in OPG per avere avuto per molti anni contatti problematici con loro. Il caso di un soggetto che esordisca all'attenzione dei servizi con un atto criminale è molto raro. Si tratta, infatti, di soggetti venuti in contatto con i servizi poco dopo l'esordio della malattia e per i quali l'atto criminale giunge alla fine di una lunga parabola clinica ed esistenziale, in genere dopo 14 anni, lasciando quindi forse qualche opportunità per una prevenzione dei comportamenti stessi (Melega *et al.*, 1999). Rispetto a questa popolazione i servizi territoriali mostrano di avere serie difficoltà, dovendo ricorrere spesso a numerosi Trattamenti Sanitari Obbligatorii, probabilmente non potendo usufruire di strumenti coercitivi di più lunga durata e maggiore incisività. L'ammissione in OPG sembra ulteriormente diradare l'intensità di questi contatti, sia per la lunga durata della permanenza in una istituzione totale, sia probabilmente per le difficoltà che si incontrano nel tenere i collegamenti con luoghi lontani dal proprio territorio.

Dal confronto con il gruppo di controllo costituito da pazienti in carico ai servizi territoriali di Bologna sembrerebbe che le particolarità della popolazione in OPG rispetto a quella dei servizi territoriali risiedano principalmente nella predominanza degli aspetti sintomatici produttivi-positivi (allucinazioni, deliri, sospettosità), mentre i profili di disabilità fisica, psicosociale e lavorativa sono addirittura meno penalizzanti per i soggetti in OPG. Proprio per queste particolarità risulterebbero forse indicati interventi specifici sia durante la permanenza in OPG, con forte impronta terapeutico-riabilitativa, sia alla dimissione ed alla conseguente presa in carico da parte dei servizi territoriali.

Dai dati preliminari relativi al primo follow-up a 18 mesi su un gruppo di 58 dimessi dalla coorte iniziale si evince che la dimissione al domicilio del paziente, con presa in carico diretta da parte del SSM competente è più l'eccezione che la regola. In generale la dimissione comporta una transistituzionalizzazione, con inserimento in comunità, generalmente del privato sociale, con inizio dei contatti con il SSM solo in questa fase. Non risultano in questa fase compimenti di reati importanti o gravi episodi di aggressività nei contesti in cui i pazienti vengono inseriti (Fioritti & Melega, 1998a, 1999).

E' molto importante, a nostro avviso, disporre di approfonditi studi clinico-epidemiologici del problema, al fine di ottenere indicazioni per le decisioni politiche e per favorire la partecipazione dei tecnici al processo decisionale stesso. Ciò è tanto più importante in una fase come quella attuale in cui effettivamente si sono riscontrati alcuni fermenti sia all'interno del campo professionale che di quello politico e che potrebbero portare ad una riforma del sistema nel giro di qualche anno.

PROSPETTIVE FUTURE

La riforma del settore psichiatrico forense è di grande complessità per la delicatezza dei temi che deve affrontare e per la varietà degli interlocutori che deve coinvolgere. Il compimento di reati, specie se violenti, da parte dei pazienti psichiatrici è argomento di grande emotività, ripreso ed enfatizzato dai media e che ancora oggi produce nella pubblica opinione effetti negativi e stigmatizzanti (Angermeyer & Siara, 1994). Ogni intervento volto a ridurre gli aspetti di custodia e tutela sociale per aumentare gli aspetti terapeutici e riabilitativi se non viene accompagnato da programmi di informazione e divulgazione scientifica sulle evidenze alla loro base può generare nella pubblica opinione timori e resistenze che si riflettono anche a livello politico.

E' quindi a nostro avviso compito delle categorie professionali rappresentare adeguatamente il sapere scientifico sull'argomento, basandosi sulle evidenze cliniche ed epidemiologiche attualmente disponibili, che indicano chiaramente come l'insieme di terapia/riabilitazione e di un controllo sociale flessibile e modulato siano la migliore forma di tutela della salute mentale e di prevenzione del recidivismo criminale da parte di cittadini con disturbi psichici (Tardiff, 1992; McGuire & Priestly, 1995; Fioritti & Melega, 1998b).

Inoltre, la riforma del settore coinvolge vari interlocutori istituzionali e non, dal Servizio Sanitario Nazionale, nelle sue varie articolazioni nei Dipartimenti di Salute Mentale e nelle istituende Unità di Medicina Penitenziaria, al mondo della giustizia che dovrebbe addirittura rivedere alcuni aspetti del Codice penale (rispetto agli istituti giuridici del vizio di mente, della non imputabilità e della misura di sicurezza) e nelle sue articolazioni giudicanti e di esecuzione della pena (Ariatti *et al.*, 1985; Melega, 1995; Ariatti & Fioritti, 1995; Neri & Fioritti, 1995).

Un'opera di tal genere può essere intrapresa solo laddove esista una consapevolezza sufficientemente diffusa della sua necessità, in modo da raggiungere dimensioni politiche. Nell'ultimo decennio diverse ondate si sono succedute in tal senso, raggiungendo effettivamente in alcuni casi la sfera politica e concretizzandosi in progetti di legge, alcuni dei quali all'esame del Parlamento. Una commissione interministeriale sta tentando di unificarli, nonostante questi si dispongano lungo uno spettro di posizioni che vanno dalle proposte più radicali di abolizione del concetto di vizio di mente e di non imputabilità ad altre che prevedono il loro mantenimento, ma in una progressiva sanitarizzazione del sistema forense ed in una sua integrazione nel SSN.

Sul primo versante si colloca la proposta di legge che porta il nome del primo firmatario On. Corleone («Norme in materia di imputabilità e di trattamento penitenziario del malato di mente autore di reato»), che si connota per una totale riforma del concetto di imputabilità, prevedendo una totale abolizione della non imputabilità dei soggetti malati di mente autori di reato. In sintesi, i punti più salienti di tale legge sono:

- l'abolizione dell'istituto della non imputabilità (art. 1);
- il riconoscimento al malato di mente autore di reato della capacità di intendere e di volere, la sua imputabilità e possibilità di essere soggetto alle pene previste dal codice penale per il tipo di reato commesso (art. 1);
- l'abolizione delle misure di sicurezza (art. 4 e 8);
- la cura e la tutela della salute del malato di mente dovrebbero essere assicurate nel carcere di destinazione

da strutture adeguate alla cura dei disturbi mentali, che vengono costituite ed organizzate all'interno dell'istituto penitenziario stesso (art. 13);

- la collaborazione con i servizi psichiatrici territoriali che devono assicurare l'assistenza medico-psichiatrica nelle strutture carcerarie, nonché formulare i programmi di riabilitazione (art. 14).

Su diverso versante si colloca il progetto di legge regionale presentato su iniziativa della Regione Toscana e della Regione Emilia-Romagna (Regione Emilia-Romagna, 1997), che prevede la riforma dei quattro cardini dell'attuale sistema di trattamento dei malati di mente autori di reato:

1. Concetto di inimputabilità per vizio di mente: il progetto abolisce il concetto di seminfermità e definisce i criteri per la non imputabilità sulla base della fenomenologia dei disturbi psichici e non sulla base di categorie medico-legali o di criteri diagnostici nosografici.

2. Misura di sicurezza: il progetto non prevede misure di sicurezza per reati inferiori ai 2 anni di pena massima prevista. Per i reati più gravi, qualora venga accertata la pericolosità sociale, prevede due forme di misura di sicurezza: l'assegnazione ad apposito istituto in regime di custodia oppure l'affido al servizio sociale operante all'esterno della struttura carceraria. La durata della misura di sicurezza non è rapportata alla gravità del reato.

3. Istituti in regime di custodia: il progetto prevede la loro istituzione in ogni regione, sotto forma di strutture dotate di massimo 30 posti letto ed idonee allo svolgimento della funzione terapeutica nei confronti dei pazienti. La responsabilità terapeutica è assimilata a quella nei confronti di qualsiasi altro paziente e ricondotta all'interno del SSN, mentre la custodia all'ingresso ed all'esterno della istituzione è affidata a forze di Polizia Penitenziaria. La misura di sicurezza in regime di libertà è affidata al Servizio Sociale Territoriale, il quale stabilisce progetti terapeutici con i servizi psichiatrici territoriali. Per un paziente in tale regime che non si attenga al programma terapeutico è previsto il passaggio alla forma più restrittiva di misura di sicurezza. Il magistrato di sorveglianza accerta periodicamente (in ogni caso almeno una volta l'anno) la permanenza della pericolosità sociale del soggetto; se la stessa risulta venuta meno, revoca la misura di sicurezza, se risulta modificata adegua la misura di sicurezza alle necessità.

4. Modalità di esecuzione delle perizie: l'accertamento in ordine alla imputabilità è compiuto mediante perizia psichiatrica, mentre quello in ordine alla pericolosità sociale viene effettuato in concreto dal giudice, tenendo conto di una serie di parametri giudiziari e criminologici.

ci, ancor prima che psichiatrici. Il perito viene estratto a sorte da un albo appositamente istituito al quale si accede tramite una selezione per titoli professionali.

E' ancora presto per poter intuire quale destino avranno questi fermenti professionali ed istituzionali. Lo scorporo degli articoli riguardanti l'OPG dal Decreto Ministeriale istitutivo della Medicina Penitenziaria del SSN, per quanto motivato con l'esigenza di apportare una riforma radicale nel settore, sembra allungare i tempi di una revisione del sistema. D'altro canto si assiste ad un fiorire di giornate di studio interdisciplinari e di pubblicazioni sul tema quale sicuramente non si è mai verificato negli ultimi vent'anni, anche se tuttora prevalgono i contributi teorici rispetto a quelli clinico-epidemiologici.

Ed è proprio sulla capacità della comunità scientifica professionale di produrre dati e prove, nonché di comunicarli efficacemente agli interlocutori politici e giudiziari che si giocheranno a nostro avviso le possibilità di una rinascita (o, sarebbe meglio dire, di una nascita) della psichiatria forense italiana. Molto resta da fare e molti possono fare qualcosa.

E' auspicabile che la psichiatria clinica aumenti la propria presenza nel mondo forense sia nelle aule di tribunale sia nei contatti con il sistema penitenziario e degli OPG. Si dovrebbe arrivare a considerare la giustizia come un interlocutore sociale sovraordinato, che si attende un contributo scientifico ed etico per garantire l'equità del trattamento giudiziario ai cittadini con malattie mentali e la tutela della loro salute mentale. Questa collaborazione è indispensabile per vari aspetti, incluso quello di poter garantire un trattamento psichiatrico secondo lo stato dell'arte ai cittadini che ne hanno bisogno in tutte le fasi della loro vita. E ciò soprattutto in quelle situazioni in cui gli strumenti ordinari di obbligatorietà alle cure sono insufficienti e sussistono problemi di comportamenti violenti o criminali. Il trattamento ottimale di questi pochi pazienti è dovuto loro eticamente e costituisce una forma di prevenzione di quegli atteggiamenti stigmatizzanti nei confronti dell'intero mondo psichiatrico che da pochi casi eclatanti traggono pretesti di giustificazione (Lamb, 1999).

La riforma del sistema psichiatrico-forense dovrebbe partire da una solida base di evidenze cliniche ed epidemiologiche (Gunn, 1993; Beck, 1994). Con fatica negli ultimi vent'anni si è assistito nei servizi italiani allo sviluppo di una cultura della valutazione e della programmazione. Questa cultura non può disinteressarsi della psichiatria forense e lasciare al mondo giuridico-politico decisioni che investiranno e condizioneranno l'ambito clinico per decenni. Vanno superati pregiudizi e timori nell'affrontare il tema dei rapporti tra violenza

e malattia mentale. La psichiatria odierna è una disciplina sufficientemente forte e non deve temere che il riconoscere l'esistenza di un debole legame in alcune condizioni ben precise tra psicopatologia e comportamenti violenti (Marzuk, 1996) possa minare tutto il suo statuto ed il suo mandato. Essa è abbastanza forte da potersi riappropriare del problema del trattamento e della gestione istituzionale del malato di mente reo, secondo criteri eticamente giusti e scientificamente validi.

Anche gli istituti di ricerca e di formazione possono fare molto. La mancanza di scuole di specializzazione o di corsi di perfezionamento in Psichiatria Forense all'interno degli Istituti di Psichiatria è una grave mancanza. Laddove tali scuole esistono (generalmente negli istituti di medicina-legale e di criminologia), si tratta di corsi di peritologia, generalmente sganciati dal senso clinico proprio dei servizi psichiatrici. Anche la ricerca sul tema va incentivata ed orientata secondo criteri originali e congrui alla nostra cultura.

Forse, con il contributo di molti professionisti di salute mentale nella clinica, nella ricerca e nell'impegno istituzionale, la storia della psichiatria forense italiana potrà cominciare ad essere scritta nel prossimo decennio.

Ringraziamenti. Questo contributo è stato possibile grazie alla realizzazione del progetto di ricerca Mo.Di.O.P.G., finanziato dalla Regione Emilia-Romagna e dall'Istituto Superiore di Sanità - Progetto Nazionale Salute Mentale (contratto 96/Q/T/8).

BIBLIOGRAFIA

- Angermeyer M. & Siara C. (1994). Effects of the assassination attempts on two German politicians upon public attitudes to the mentally ill. *Developments in 1991. Nervenarzt* 65,49-56.
- Ariatti R. & Fioritti A. (1995). Evoluzione storica del concetto di vizio di mente: aspetti culturali, dottrinali e giurisprudenziali. In *Atti del Convegno «Giustizia e Psichiatria. La Malattia Mentale nel Nuovo Codice Penale»*, pp. 53-63. CUSL: Bologna.
- Ariatti R. & Neri G. (1998). Il giudizio di pericolosità. *Noos. Aggiornamenti in Psichiatria* 4, 143-149.
- Ariatti R., Ferrari F. & Fioritti A. (1985). Psichiatria e giustizia: un connubio indissolubile? *Ospedali della Vita* 12(3), 87-90.
- Beck J. (1994). Epidemiology of mental disorder and violence: beliefs and research findings. *Harvard Review of Psychiatry* 2, 1-6.
- Csillag C. (1993). Denmark: psychiatric offenders. *Lancet* 341, 683-684.
- Dani A., Berettini S. & Scarpa F. (1998). Follia e giustizia, l'O.P.G. *Problemi in Psichiatria* 15,5-23.
- Department of Health and the Home Office (1992). *Review of Health and Social Services for Mentally Disordered Offenders and Others Requiring Similar Services: Final summary Report (the Reed Report)*. Cm 2088. HMSO: London.
- Dutch Government, Ministry of Justice (1994). *TBS, a Special Order*

- of the Dutch Criminal Code, Ministry of Justice: The Hague.
- Evans C. & Oyebo D. (2000). From homicide inquiries to high secure hospital inquiries: a decade of social and political restrictive pressure on forensic psychiatry. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 9, 234-240.
- Fioritti A. & Melega V. (1998a) Forensic hospitals in Italy: clinical, psychosocial and criminological features of their population. In *Proceedings of the TAPS 13th Annual Meeting*, London.
- Fioritti A. & Melega V. (1998b). Istituzioni e processi di cura per i pazienti psichiatrici autori di reato in Italia e all'estero. *Noos. Aggiornamenti in Psichiatria* 2, 135-142.
- Fioritti A. & Melega V. (1999). Forensic hospitals in Italy: past, present and ...what future? In *Proceedings of the TAPS 14th Annual Meeting*, London, 1998.
- Fioritti A., Melega V., de Girolamo G., Rucci P., Scaramelli A.R., Ferriani E. & Venco C. (1998). Il Progetto «Mo.Di.O.P.G.»: caratteristiche cliniche, psicosociali e criminologiche della popolazione internata negli OPG. In *Atti della Riunione Scientifica Annuale della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica, Bari, 20 Novembre 1998*, pp. 47-49.
- Fioritti A., Melega V., Scaramelli A.R., Ferriani E., Rucci P., Santarini F., Venco C. & Oggioni A. (1999). Violenza e malattia mentale: uno studio sulla popolazione di tre Ospedali Psichiatrici Giudiziari. *Il Reo e il Folle* 9-10, 93-105.
- Fioritti A., Melega V., Ferriani E., Rucci P., Scaramelli A.R., Venco C. & Santarini F. (in press). Crime and mental illness: an investigation of three Italian forensic hospitals. *Journal of Forensic Psychiatry*.
- Gunn J. (1993). Lecture: epidemiology and forensic psychiatry. *Criminal Behaviour and Mental Health* 3,180-193.
- Gwynne-Lloyd M.G. & Benezec M. (1993) The psychiatric services in French prison. *Journal of Forensic Psychiatry* 4(1), 59-73.
- Holmberg G. (1997). Forensic psychiatric practice in the Nordic countries. *Nordisk Tidskrift Psychiatri* 39, Suppl., 7-13.
- Home Office and the Department of Health and Social Security (1975). *Report of the Committee on Mentally Abnormal Offenders (the Butler Report)*. Cmd 6244, HMSO: London.
- Knecht G., Schanda H., Berner W., Morawitz I. & Haubentoch E. (1996). Outpatients treatment of mentally disordered offenders in Austria. *International Journal of Law and Psychiatry* 19, 87-91.
- Lamb H.R. (1999). Combating stigma by providing treatment. *Psychiatric Services* 50(6),729.
- Marzuk P.M. (1996). Violence, crime and mental illness: how strong a link? *Archives of General Psychiatry* 53(6), 481-486.
- McGuire J. & Priestly P. (1996). Reviewing «What Works»: past present and future. In *Reducing Reoffending*. (ed. J. McGuire), pp. 3-34. Wiley: Chichester.
- Melega V. (1995). Imputabilità e malattia mentale: il contributo della psichiatria clinica. In *Atti del Convegno «Giustizia e Psichiatria. La Malattia Mentale nel Nuovo Codice Penale»*, pp. 64-89. CUSL: Bologna.
- Melega V., Neri G. & Fioritti A. (1999). Violence by the mentally ill: can psychiatric services treat and prevent it? *Italian Journal of Psychiatry and Behavioural Sciences* 9(1), 12-15.
- Nedopil N. & Banzer K. (1996). Outpatient treatment of forensic patients in Germany: current structure and future developments. *International Journal of Law and Psychiatry* 19(1),75-79.
- Nedopil N. & Ottermann B. (1993) Treatment of mentally ill offenders in Germany: with special reference to the newest forensic hospital - Straubing in Bavaria. *International Journal of Law and Psychiatry* 16,247-255.
- Neri G. & Fioritti A. (1995). Revisione del concetto di pericolosità per malattia mentale. In *Atti del Convegno «Giustizia e Psichiatria. La Malattia Mentale nel Nuovo Codice Penale»*, pp. 123-136. CUSL: Bologna.
- Regione Emilia Romagna (1997). Progetto di proposta di Legge alla Camera d'Iniziativa Regionale: Superamento degli Ospedali Psichiatrici Giudiziari (OPG). Nuova disciplina della imputabilità, del difetto della stessa, della sentenza di assoluzione per tale causa e delle misure conseguenti, della perizia psichiatrica e della ammissione della revisione della sentenza di assoluzione indicata. *Supplemento Speciale del Bollettino Ufficiale della Regione Emilia Romagna*, n. 166, 20 gennaio 1997.
- Russo G. (1994). Follow-Up of 91 Mentally ill criminals discharged from the Maximum Security Hospital in Barcellona P.G. *International Journal of Law and Psychiatry* 17, 279-301.
- Tardiff K. (1992). The current state of psychiatry in the treatment of violent patients. *Archives of General Psychiatry* 49, 493-499.